ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 22-1

Date de publication : 1 janvier 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 4)*

			Pagination officielle :
CCNI — DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE SUR LA PRÉVENTION DE L'HÉPATITE A	F-1	1 – 3	Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.
SURVEILLANCE DES ARBOVIRUS — ÉTATS-UNIS	F-2	3 – 4	
ACTIVITÉ GRIPPALE DANS LE MONDE	F-3	7	
ANALYSE ANTIGÉNIQUE D'ISOLEMENTS RÉCENTS DE VIRUS GRIPPAL ET ACTIVITÉ GRIPPALE DANS L'HÉMISPHÈRE AUSTRAL	F-4	8	
MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	F-4	5 – 6	

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)*

DÉCLARATION SUPPLÉMENTAIRE SUR LA PRÉVENTION DE L'HÉPATITE A

Dans une déclaration récente sur la prévention des infections causées par le virus de l'hépatite A (VHA), le CCNI[1] a décrit les indications habituelles pour l'utilisation des immunoglobulines (IG) et du nouveau vaccin inactivé contre l'hépatite A (HAVRIX^MC SmithKline Beecham). Par la suite, une formulation vaccinale plus puissante a été homologuée, ce qui permettait la primovaccination des adultes avec une seule dose de vaccin. La présente déclaration porte sur cette innovation et traite de l'usage du vaccin chez les enfants.

Nouvelle formulation vaccinale pour les adultes

Au moment où le vaccin inactivé contre l'hépatite A (HAVRIX^MC, SmithKline Beecham) a été homologué au Canada, la formulation pour adultes contenait 720 unités ELISA d'antigène viral inactivé dans 1.0 mL et devait être administrée en trois doses successives (à 0, 1 et 6 à 12 mois)[1]. La nouvelle formulation contient 1 440 unités ELISA par dose de 1.0 mL, et la primovaccination ne nécessite qu'une dose de vaccin. Dans des études réalisées auprès d'adultes en bonne santé[2], 88 % des vaccinés avaient des taux d'anticorps anti-VHA mesurables au moyen de la méthode ELISA 2 semaines après avoir reçu une première dose de 1 440 unités ELISA, et l'on a observé une séroconversion chez 99 % des vaccinés après 4 semaines. La présence d'anticorps neutralisant le virus, qui est un meilleur indicateur de la protection, a été observée chez 94 % des sujets 4 semaines après l'immu- nisation[2], mais n'a pas été décelée de façon systématique avant ce délai. Selon les données dont on dispose actuellement sur HAVRIX^MC[2], les anticorps persisteraient pendant au moins 1 an chez la plupart des personnes après une seule dose de vaccin. Il est possible d'administrer une dose de rappel à n'importe quel moment entre le 6e et le 12e mois après la primo- vaccination afin d'obtenir une protection prolongée. On peut obtenir une réponse satisfaisante à la dose de rappel en administrant 720 ou 1 440 unités ELISA. Des modèles cinétiques de la baisse du titre des anticorps donnent à penser que des taux protecteurs d'anti-VHA pourraient persister pendant au moins 20 ans[2].

On note peu de différences entre les deux formulations en ce qui concerne la fréquence des effets secondaires. Les effets secondaires locaux sont vraisemblablement attribuables à l'adjuvant d'alun, dont la concentration est semblable dans les formulations contenant 720 et 1 440 unités ELISA. Les deux contiennent du 2-phénoxyéthanol comme agent de conservation et contiennent les mêmes concentrations d'éléments-traces. Dans des études réalisées avant l'homologation du produit[2], l'endolorissement au point d'injection a été signalé chez la moitié des sujets qui avaient reçu 1 440 unités ELISA, mais était en

* **Membres :** Dr D. Scheifele (président); Dr J. Spika (secrétaire général); N. Armstrong (agent du secrétariat des comités consultatifs); Dr F. Aoki; Dr S. Corber; Dr P. Déry; Dr P. DeWals; Dr S. Halperin; Dr B. Law; Dr M. Naus; Dr Y. Robert; Dr B. Ward.

Membres du comité de liaison : Dr D. Carpenter (DN); Dr A. Carter (AMC); Dr T. Freeman (CFMC); Dr S. Hadler (CDC); Dr V. Marchessault (SCP); Dr H. Robinson (DGSM); Dr J. Waters (CCE).

Membres d'office : Dr P. Duclos (LLCM); Dr P. Palkonyay (Direction des médicaments); Dr M. Smith (Direction des médicaments).

Santé Canada Health Canada

Canada

2007-02695/

général tout à fait tolérable. L'induration, la rougeur et l'enflure sont des réactions qui ont été signalées dans 4 % à 7 % des cas. Les manifestations générales étaient comparables pour les formulations de HAVRIX^{MC}, les maux de tête étant le symptôme le plus souvent observé (environ 14 % des vaccinés), suivi de la sensation de malaise (7 %).

L'administration concomitante de HAVRIX^{MC} 1 440 et d'immuno- globulines humaines, à des points d'injection différents, peut être envisagée chez les personnes qui ont besoin d'une protection rapidement, c'est-à-dire chez qui l'exposition débutera moins de 4 semaines après la vaccination.

HAVRIX^{MC} 1 440 n'est pas recommandé pour les enfants.

Les avantages particuliers des nouvelles formulations sont : 1) une primovaccination ne nécessitant qu'une seule dose de vaccin, 2) un intervalle plus court entre la vaccination et l'apparition d'anticorps anti-VHA protecteurs chez la plupart des sujets (environ 4 semaines), et 3) une réduction du coût de la primovaccination. La nouvelle formulation sera plus pratique pour les voyageurs qui ont besoin d'une protection avant de se rendre dans des régions où l'hépatite A est endémique et sera mieux adaptée aux besoins de la lutte contre les éclosions (une application qui est encore considérée comme expérimentale). On ne devrait envisager d'utiliser le vaccin pendant les éclosions qu'après avoir discuté de la situation avec les responsables de la santé publique.

Usage du vaccin chez les enfants

L'usage de HAVRIX^{MC} chez les enfants n'est pas encore autorisé au Canada, et il n'existe pas de formulation pédiatrique spécifique. Aux États-Unis, le vaccin peut être donné aux enfants de 2 à 18 ans, chez qui la dose est de 360 unités ELISA, et est administrée à 0, 1 et 6 à 12 mois[3]. Les dispositions américaines en matière d'homologation reflètent une application plus récente que la nôtre, et il est probable que les dispositions canadiennes seront harmonisées à celles des États-Unis. En prévision de cette autorisation, il y a lieu d'offrir le vaccin aux enfants canadiens qui tireraient profit d'un vaccin anti-VHA[1] s'ils font partie des catégories pour lesquelles le vaccin est recommandé. Il est plus facile d'obtenir la dose appropriée (360 unités ELISA) en fractionnant le contenu d'une fiole de 720 unités dans 1,0 mL que celui d'une fiole de 1 440 unités dans 0,1 mL.

En général, les enfants répondent bien au vaccin anti-VHA, et 90 % d'entre eux développent des anticorps dans les 4 semaines qui suivent l'administration de la première dose du vaccin[2,6]. On étudie actuellement la possibilité d'utiliser une première dose plus forte (720 unités ELISA) afin d'obtenir une protection chez les enfants avec une dose unique de vaccin, mais il est impossible de faire des recommandations pour l'instant.

Les données sont limitées en ce qui concerne l'usage du vaccin chez les enfants de moins de 24 mois[4], mais elles ne soulèvent aucune préoccupation particulière relativement à l'innocuité du vaccin. Les bébés qui possèdent des anticorps maternels contre le VHA peuvent avoir une réponse atténuée au vaccin anti-VHA, ce qui est comparable au phénomène observé chez les adultes à qui l'on administre simultanément des IG et le vaccin[5]. La dose recommandée pour les enfants de tous âges est de 360 unités ELISA et doit être administrée à 0, 1 et 6 à 12 mois.

Références

1. Comité consultatif national de l'immunisation. *Déclaration relative à la prévention de l'hépatite A*. RMTC 1994;20:133-36,139-43.
2. Clemens R, Safary A, Hepburn A et coll. *Clinical experience with an inactivated hepatitis A vaccine*. J Infect Dis 1995;171(Suppl. 1): S44-S49.
3. CDC. *Hepatitis A vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR 1995. Sous presse.
4. Horing YC, Chang MH, Lee CY et coll. *Safety and immunogenicity of hepatitis A vaccine in healthy children*. Pediatr Infect Dis J 1993;12:359-62.
5. Green MS, Cohen D, Lerman Y et coll. *Depression of the immune response to an inactivated hepatitis A vaccine administered concomitantly with immune globulin*. J Infect Dis 1993;168:740-43.
6. Balcarek KB, Bagley MR, Pass RF et coll. *Safety and immunogenicity of an inactivated hepatitis A vaccine in pre-school children*. J Infect Dis 1995;171(Suppl. 1):S70-S72.

Notes internationales

SURVEILLANCE DES ARBOVIRUS — ÉTATS-UNIS

Les arbovirus sont des agents transmis par des moustiques ou des tiques qui survivent durablement dans la nature en suivant des cycles complexes auxquels participent les oiseaux et mammifères, y compris l'homme. Une infection à arbovirus se manifeste par de la fièvre, des maux de tête, une encéphalite et peut même entraîner la mort. En 1994, les départements de la santé de 20 États ont signalé 100 cas présumés ou confirmés d'arbovirose humaine* aux *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Ces 100 cas se répartissaient comme suit : 76 encéphalites du sérogroupe Californie (CAL), 20 encéphalites de Saint-Louis (SLE), 2 encéphalo-myélites équines de l'Ouest (WEE), une encéphalo-myélite équine de l'Est (EEE) et une encéphalite de Powassan (POW).

* Aux CDC, un cas confirmé est défini comme une maladie avec fièvre, accompagnée de symptômes neurologiques mineurs, d'une méningite aseptique ou d'une encéphalite qui apparaît pendant la période où l'arbovirus risque d'être transmis, plus au moins 1 des critères suivants : 1) quadruplement au moins du titre des anticorps sériques; 2) isolement du virus dans les tissus, le sang ou le liquide céphalo-rachidien; ou 3) présence d'immunoglobulines spécifiques M (IgM) dans le liquide céphalo-rachidien. Un cas présumé est défini comme une pathologie évocatrice accompagnée d'une élévation stable du titre d'anticorps dirigés contre un arbovirus (≥ 320 en inhibition de l'hémagglutination, ≥ 128 en fixation du complément, ≥ 256 en immunofluorescence ou ≥ 160 par neutralisation objective par réduction des plages ou une IgM sérique spécifique immunoenzymatique.

Encéphalite du sérogroupe Californie

En 1994, un total de 76 cas d'encéphalite humaine appartenant au sérogroupe CAL ont été signalés dans 13 États : Virginie occidentale (32 cas), Ohio (14), Wisconsin (7), Illinois (6), Minnesota (4), Indiana et Caroline du Nord (3 chacun), Alabama (2), et Iowa, Kentucky, Michigan, Rhode Island et Virginie (1 chacun). Les patients avaient de 6 mois à 26 ans (moyenne : 7 ans). Au total, 57 cas (75 %) concernaient des hommes. L'encéphalite s'est déclarée en mai (1 cas), juin (1), juillet (12), août (35), septembre (22) et octobre (5).

Encéphalite de Saint-Louis

En 1994, un total de 20 cas de SLE humaine ont été signalés dans cinq États, dont 16 en Louisiane, la majorité d'entre eux (14) dans la ville de la Nouvelle-Orléans. Trois cas (2 hommes de 44 et 60 ans et une femme de 63 ans) ont été mortels. Les patients avaient de 12 à 78 ans (moyenne : 46 ans). Neuf des 16 cas concernaient des hommes. On a également signalé des cas de SLE en Californie, en Floride, au Mississippi et au Texas (1 chacun). Si l'on considère les 20 cas, l'encéphalite s'est déclarée en juillet (1 cas), août (9), septembre (9) et octobre (1).

Encéphalo-myélites équines de l'Ouest et de l'Est

En 1994, deux cas de WEE humaine ont été signalés au Wyoming, l'un chez une femme de 40 ans et l'autre chez un homme de 42 ans. Un cas d'EEE humaine a été signalé chez un homme de 67 ans en Louisiane.

Encéphalite de Powassan

La POW a été confirmée par sérologie chez une femme de 49 ans vivant au Massachussetts, chez qui la maladie s'est déclarée le 24 mai. Elle a signalé qu'elle avait, 2 semaines environ avant l'apparition des symptômes, enlevé une tique gorgée de sang accrochée à son abdomen. Elle a été hospitalisé le 25 mai avec un diagnostic de méningo-encéphalite, qui a progressé pendant les 72 heures suivantes vers une encéphalite gagnant le tronc cérébral et les noyaux gris centraux. Pendant son hospitalisation, la patiente a été comateuse pendant 3 jours et a eu besoin d'une ventilation artificielle. L'examen pratiqué en août 1995 a montré une faiblesse résiduelle de sa jambe droite qui a nécessité la pose d'une attelle. La convalescence prolongée de la patiente correspond au tableau signalé pour l'encéphalite de Powassan.

Note de la Rédaction du MMWR : L'encéphalite de sérogroupe CAL demeure l'infection à arbovirus la plus fréquemment déclarée aux États-Unis. Bien que le nombre de cas soit resté relativement constant depuis les années 70 et qu'ils aient été surtout signalés dans le Midwest, le nombre de cas signalés dans le Sud s'est accru.

En général, la SLE se manifeste par des flambées focalisées périodiques suivies de cas sporadiques pendant des années. En 1994, une petite flambée localisée de SLE s'est produite dans la ville de la Nouvelle-Orléans. L'analyse des cas en fonction de la date de début de la maladie et de leur emplacement laisse à penser que les tout premiers cas se sont produits à l'intérieur ou à proximité d'ensembles urbains de logements sociaux. Ensuite les cas se sont propagés dans un rayon entourant le centre urbain, bien qu'il ne soit pas possible de procéder à une analyse définitive en raison du petit nombre de cas. On a trouvé de vastes populations de *Culex pipiens quinquefasciatus* immatures ou adultes sous les logements. Des fuites des conduites de tout-à-l'égout en dessous de ces logements fournissaient un vaste habitat idéal pour les moustiques vecteurs du virus de la SLE.

Le virus de la POW, qui est un flavivirus transmis par des tiques très proches des virus de l'encéphalite verno-estivale russe et de l'encéphalite centro-européenne, est, semble-t-il, largement réparti aux États-Unis. En Amérique du Nord, *Ixodes cookei* est considéré comme la principale tique vectrice de la maladie, et le virus a été décelé chez plusieurs espèces de rongeurs et de carnivores**.

D'après l'évaluation des 24 cas de POW qui se sont produits au total en Amérique du Nord de 1958 à 1994, le risque d'infection pourrait être particulièrement élevé dans les régions boisées où le risque de contact avec des rongeurs ou carnivores infestés ou des tiques vectrices du virus est le plus élevé. Sur les 24 cas, 21 se sont produits chez des jeunes de < 20 ans. Quatre des cas d'infection aiguë ont été mortels, et deux patients sont décédés de 1 à 3 ans après l'apparition de la maladie par suite des séquelles directement liées à la maladie.

Le personnel soignant devrait envisager la présence d'arbovirus dans le diagnostic différentiel de la méningite et de l'encéphalite aseptique pendant les mois d'été. Il faut prélever des échantillons de sérum (en phase aiguë et pendant la convalescence) et de liquide céphalo-rachidien pour les examens sérologiques, et les cas doivent être rapidement déclarés. Les nouvelles techniques rapides de diagnostic, y compris la recherche des IgM dans le sérum ou le liquide céphalo-rachidien en phase aiguë, ont facilité la confirmation des infections à arbovirus.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 70, n° 46, 1995.*

ACTIVITÉ GRIPPALE DANS LE MONDE

Belgique (12 novembre 1995) : La grippe A a été diagnostiquée chez deux cas sporadiques dans les parties septentrionale et méridionale du pays au cours de la première semaine de novembre.

Chili (6 novembre 1995) : Les flambées de Santiago étaient terminées à la mi-septembre 1995, mais des cas de grippe A ont continué d'être décelés dans d'autres parties du pays en septembre et en octobre. Tous les cas de grippe A identifiés étaient du sous-type H_3N_2.

Allemagne (15 novembre 1995) : La grippe A a été diagnostiquée chez deux cas sporadiques dans la partie méridionale du pays. Un cas a été confirmé par isolement du virus et identifié ensuite comme étant un virus grippal A(H_3N_2). Les médecins sentinelles participant à la surveillance de la grippe ont signalé

** *Tamiasciurus hudsonicus, Marmota monax* et *Mephitis mephitis, Spilogale putorius, Vulpes* sp. *Urocyon cinereoargenteus* (renard gris), *Mustella erminea* et *Mustella frenata*, et *Peromyscus maniculatus.*

des infections respiratoires aiguës chez 10,8 % de leurs patients au cours de la deuxième semaine de novembre, soit légèrement plus que prévu. Certaines régions ont signalé un net accroissement des infections du système respiratoire et de l'absentéisme au travail au mois de novembre.

Norvège (21 novembre 1995) : Le virus grippal A(H_3N_2) a été isolé d'un patient à Oslo au cours de la semaine qui s'est achevée le 19 novembre. Quelques comtés ont signalé des taux de morbidité due à la grippe de plus de 100 pou 100 000 habitants, mais le taux global pour le pays se situe en dessous de ce chiffre.

Portugal (16 novembre 1995) : L'incidence des syndromes grippaux s'est accrue depuis la mi-octobre, atteignant 38,3 pour 100 000 habitants au cours de la semaine qui s'est achevée le 12 novembre. Depuis le début octobre, la grippe A a été diagnostiquée chez 18 patients; la plupart des cas sont survenus depuis la mi-octobre.

Espagne (25 novembre 1995) : La grippe A a été diagnostiquée chez deux patients atteints d'un syndrome grippal dans les provinces de Soria et de Valladolid, dans le centre-nord du pays.

Suisse (14 novembre 1995) : Le virus grippal A(H_1N_1) a été isolé chez un cas sporadique, un homme de 37 ans, dans le centre du pays. Le pourcentage de patients souffrant d'un syndrome grippal vus par les médecins sentinelles a été faible en octobre et pendant la première semaine de novembre.

Royaume-Uni (28 novembre 1995) : Les indices de l'activité grippale clinique se sont nettement accrus, et des flambées ont continué d'être signalés dans des écoles et des maisons de retraite au cours du mois de novembre. Plus de 140 cas ont été confirmés par isolement du virus et étudiés de manière centralisée. À l'exception d'un virus grippal A du sous-type H_1N_1, tous étaient dus au virus A(H_3N_2), analogue au variant recommandé pour inclusion dans le vaccin antigrippal pour cette saison, A/Johannesburg/33/94(H_3N_2).

États-Unis d'Amérique (3 novembre 1995) : L'activité grippale a été faible au cours du mois d'octobre. À la fin du mois, des virus grippaux avaient été isolés sur des cas sporadiques dans 10 États : le virus grippal A(H_1N_1) dans l'Arizona, dans l'État de New York et au Texas, le virus grippal A(H_3N_2) dans l'Oklahoma, le virus A non encore identifié dans le Colorado, l'Idaho, le Montana, les États de New York et de Washington, et le virus B en Californie et dans l'Utah.

Source : *Relevé hebdomadaire épidémiologique de l'OMS, Vol 70, n^{os} 46, 47 et 48, 1995.*

ANALYSE ANTIGÉNIQUE D'ISOLEMENTS RÉCENTS DE VIRUS GRIPPAL ET ACTIVITÉ GRIPPALE DANS L'HÉMISPHÈRE AUSTRAL

Depuis la parution des recommandations relatives au vaccin antigrippal pour la saison 1995-1996, les Centres collaborateurs de l'OMS ont procédé à la caractérisation antigénique d'isolements de virus grippaux en provenance d'Afrique, des Amériques, d'Asie, d'Europe et d'Océanie.

Le virus grippal A(H_3N_2) et le virus B ont tous deux été observés en Asie et en Europe. En Amérique du Nord, la majorité des isolements étaients du type A(H_3N_2). Au cours de ces derniers mois, les isolements de virus grippaux A(H_1N_1) ont été plus fréquents. L'activité grippale dans l'hémisphère austral a été modérée. Une activité due au virus grippal A(H_3N_2) a été signalée en Afrique du Sud. La grippe B a prédominé en Nouvelle-Zélande, et des flambées, dues principalement à des virus A(H_1N_1), ont été observées en Australie. Dans les pays d'Amérique du Sud (Argentine, Brésil et Chili), l'activité grippale était due aux virus A(H_3N_2) et B.

Du point de vue antigénique, la majorité des virus grippaux isolés étaient très proches des souches vaccinales recommandées. La majorité des isolements de virus grippaux A(H_3N_2) étaient analogues à A/Johannesburg/33/94. La plupart des isolements de virus B étaient analogues à B/Beijing/184/93. On a observé une certaine hétérogénicité parmi les virus grippaux A(H_1N_1); la majorité étaient analogues à A/Singapore/6/86, A/Victoria/36/88 et A/Texas/36/91.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 70, n^{o} 39, 1995.*

Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

Ce tableau ne sera plus inclus dans la copie du Relevé des maladies transmissibles communiquée par télécopieur. Les lecteurs désirant avoir cette information doivent appeler la ligne du télécopieur et choisir l'index pour obtenir le numéro d'accès.

Les tableaux déjà publiés dans le nouv au format (télécopie) du RMTC figurent dans l'index sous le titre mentionné en rubrique.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifique — D^{r} John Spika (613) 957-4243; D^{r} Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef — Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe — Nicole Beaudoin (613) 957-0841

Éditique — Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Technologie informatique — Tél. No. (613) 731-9331, poste 2028
Association médicale canadienne — FAX (613) 731-9102
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996